

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dument renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-702533

172413

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) 12551. Société : Royal air maroc

Matricule : Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL MOUJADDIDI MOHAMMED ANOUAR

Date de naissance :

Adresse : Bahia Golf Beach villa 775 Bouznika

Tél. : 0661684881 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LYQUBI Hicham
Chirurgien ORL
21 Avenue de FAR-Mohammedia
Tél : 05 23 32 53 30
IMPE : 061306411

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 02/09/2013

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/17/23	CS		250,00	INP : INPE : 06130641
	Injection		200,00	Dr. LIQUET Chirurgien 21, Avenue

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																	
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DEBUT D'EXECUTION																																	
FIN D'EXECUTION																																	
	OD.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411		CCEFFICIENT DES TRAVAUX																			
		H	25533412	21433552																													
		D	00000000	00000000																													
		G	00000000	11433553																													
		B	35533411																														
		MONTANTS DES SOINS																															
		DATE DU DEVIS																															
		DATE DE L'EXECUTION																															
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																															
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																															

Dr. Lyoubi HICHAM

Spécialisé en ORL

Chirurgien de la Face et du Cou



د . اليoubi هشام

أخصائي في أمراض الأذن، الأنف
والحنجرة - جراح الوجه و العنق

Dipômé de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Ancien interne du CHU de Nantes - France

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيب داخلي سابق بمستشفى نانت - فرنسا

Mohammedia le : 18/07/2023

Enf EL MOUJADDIDI MOHAMED GHALI

19,90

AUGMENTIN SACHET 500 mg BOITE DE 12

1 Sachet le matin, 1 Sachet le soir après le repas pendant 6 jours

49,100

PREDNI COOPER COMPRIME EFFERVESCENT SECABLE 20 MG BOITE DE 20

1 Comprimé soluble le matin après le repas pendant 5 jours

129,90 + 96,80

RESPIMER KIT ET SACHETS

1 Lavage nasal le matin, 1 Lavage nasal le soir pendant 15 jours

419,10

RISONEL SPRAY NASAL 0.0005 FLACON DE 140 DOSES

1 Pulvérisation le soir pendant 1 mois

24,50 x 3 = 73,50

LOREUS SOLUTION BUVABLE 0,5 MG FLACON DE 60 ML

1 Cuillère à café le soir après le repas pendant 1 mois

539,90

Dr LYOUBI Hicham
Chirurgien ORL
21 Avenue de FAR Mohammedia
Tél : 05 23 32 53
INPE : 06130

PHARMACIE ORTHOPÉDIE
DU MAGHREB
M 1 - TAZI YOUSSEF
AVENUE DESTAAB MOHAMMEDIA
N° 3224 16 / INPE : 092040880
05 23 32 53 53

21, Avenue de F.A.R, 2éme Etage N° 20 - MOHAMMEDIA

21، شارع الحبيش امليكي - الطابق الثاني - رقم 20 - المحمدية

الهاتف 06 61 46 89 16 / هاتف الطوارئ 05 23 32 53 30

PPV: 24DH50
PER: 05/25
LOT: M342



PPV: 24DH50
PER: 05/25
LOT: M342



PPV: 79,90 DH
LOT: 050207
PER: 11/24

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

UT. AV:

PPV (DH): 40,00



PPV: 24DH50
PER: 05/25
LOT: M342



Médic. le 18-2-2023

ElMOUJADDIDI MOHAMED
GHALI

- Recu pour Implant come'trie
 $K_{20} = 200 \text{ DH}$

- C.R :
hypoglosse flottant de 6°

